

## FORMULARIO DE REALIZACIÓN DE PRE- TRASPLANTE CARDÍACO

Nombre del paciente \_\_\_\_\_ C.I. \_\_\_\_\_

Nº de registro F.N.R. \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ años \_\_\_\_\_ meses \_\_\_\_\_ días

Sexo:  Femenino  Masculino IMAE \_\_\_\_\_

Fecha de autorización del F N R: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Fecha de ingreso: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Coordinador del Programa : Nº de caja profesional \_\_\_\_\_ Dr. \_\_\_\_\_

### ESTADO AL ALTA:

VIVO Fecha de alta del IMAE: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Pasa a:  Institución de origen  Domicilio  Otro

Inclusión en la lista de BNOT:  No  Si Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

FALLECIDO Fecha de fallecimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### ESTUDIOS REALIZADOS

**ECG** Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

- Normal  QT largo  
 Isquemia probable  Brugada  
 Isquemia definida  HVI  
 IAM  TV no sostenida  
 Cicatriz de infarto  Otros  
 Arritmia \_\_\_\_\_  
 Trast. de conducción \_\_\_\_\_

**HOLTER:**  NO

Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

- Normal  
 Anormal  
 TV no sostenida  
 Trastornos de conducción AV  
 Otros

### **EXAMENES**

	NORMAL	ANORMAL
Rx de tórax		
Hemograma		
Glicemia		
Orina		
Creatininemia		
Azoemia		
Crisis		
Funcional hepático		
Perfil lipídico		
Proteinograma		
Enzimograma cardíaco		

**ECOCARDIOGRAMA**

NO  
Fecha \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

- Normal
- Función sistólica normal
- Función sistólica disminuida
  - leve  moderada  severa FEVI \_\_\_\_\_%
- Alteraciones segmentarias
- Hipertrofia de VI > de 15 mm
- Dilatación del VI
  - Dilatación final del VI \_\_\_\_\_mm
  - Sístole final del VI \_\_\_\_\_mm
- Estenosis aórtica
  - moderada  severa
- Insuficiencia aórtica
  - moderada  severa
- Estenosis mitral
  - moderada  severa
- Insuficiencia mitral
  - moderada  severa
- Insuficiencia tricuspídea
  - moderada  severa
- Estenosis pulmonar
  - moderada  severa
- Otra valvulopatía \_\_\_\_\_
- Otras alteraciones \_\_\_\_\_

Presión sistólica pulmonar \_\_\_\_\_ mmHg

**BIOPSIA ENDOMIOCÁRDICA**  NO

Fecha \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

- Normal
- Patológica

**DIGOXINEMIA**  SI  NO Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Digoxinemia \_\_\_\_\_

**CATETERISMO CARDÍACO IZQUIERDO**  NO

Fecha \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

- Coronarias normales
- Lesiones coronarias signif. No revascularizables

FEVI \_\_\_\_\_ %

Presión sistólica pulmonar \_\_\_\_\_ mmHg

**CATETERISMO CARDÍACO DERECHO**  NO

Basal:

PAS: \_\_\_ PAPS: \_\_\_ VM: \_\_ RP(UW): \_\_

PAD: \_\_\_ PAPD: \_\_\_ IC: \_\_ FC: \_\_\_

PAM: \_\_\_ PAMP: \_\_\_ GP: \_\_ AD: \_\_

PEP: \_\_\_

Drogas:

PAS: \_\_\_ PAPS: \_\_\_ VM: \_\_ RP(UW): \_\_

PAD: \_\_\_ PAPD: \_\_\_ IC: \_\_ FC: \_\_\_

PAM: \_\_\_ PAMP: \_\_\_ GP: \_\_ AD: \_\_

PEP: \_\_\_

**SEROLOGÍA**

VIH: Fecha \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Positivo  Negativo

AgHbs: Fecha \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Positivo  Negativo

AcHbs: Fecha \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Positivo  Negativo

AcHbc: Fecha \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Positivo  Negativo

AcHVC: Fecha \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Positivo  Negativo

Vacuna Hepatitis B:  SI  NO

TOXOPLASMA: Fecha \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Positivo  Negativo

RUBEOLA: Fecha \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Positivo  Negativo

EPSTEIN BARR: Fecha \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Positivo  Negativo

HERPES ZOSTER: Fecha \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Positivo  Negativo

VARICELA: Fecha \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Positivo  Negativo

UROCULTIVO: Fecha \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Positivo  Negativo

CMV: Fecha \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 IgG  Positivo  Negativo  
 IgM  Positivo  Negativo

COPROCULTIVO: Fecha \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 Positivo  Negativo

EXUDADO FARÍNGEO: Fecha \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 Positivo  Negativo

VDRL: Fecha \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 Positivo  Negativo

PPD: Fecha \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 Positivo  Negativo

CHAGAS Fecha \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 Positivo  Negativo

MARCADORES ONCOGÉNICOS: Fecha \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 Positivo  Negativo

**TIPIFICACIÓN**

Tipificación	ABO	HLA A	HLA B	HLA DR	HLA DQ
DADOR					
RECEPTOR					
Prueba cruzada					

**EVALUACIONES**

**HEMATOLÓGICA**

Consulta:  No  Si  Normal  
 Con observaciones \_\_\_\_\_

**RESPIRATORIA**

Consulta:  No  Si  
 Neumólogo:  Normal  
 Con observaciones \_\_\_\_\_  
 Fisioterapeuta:  Normal  
 Con observaciones \_\_\_\_\_

Espirometría:  No  Si  Normal  Alterada

**GASTROENTEROLÓGICA**

Consulta:  No  Si  Normal  
 Con observaciones \_\_\_\_\_

Ecografía abdominal:  No  Si  Normal  Alterada

**UROLÓGICA**

Consulta:  No  Si  Normal  
 Con observaciones \_\_\_\_\_

### OFTALMOLÓGICA

Consulta:  No  Si  Normal  
 Con observaciones \_\_\_\_\_

Fondo de ojo:  No  Si  Normal  Alterado  
Campimetría:  No  Si  Normal  Alterada

### ODONTOLÓGICA

Consulta:  No  Si  Normal  
 Con observaciones \_\_\_\_\_

### INFECTOLÓGICA

Consulta:  No  Si  Normal  
 Con observaciones \_\_\_\_\_

Urocultivo:  No  Si  Normal  Alterado  
Cultivo de fauces:  No  Si  Normal  Alterado  
Cultivo inguinal:  No  Si  Normal  Alterado  
Cultivo axilar:  No  Si  Normal  Alterado  
Hemocultivos:  No  Si  Normales  Alterados

### SICOSOCIAL

Consulta:  No  Si  Normal  
 Con observaciones \_\_\_\_\_

### Comentarios: